

**FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION REGISTRATION  
SOLICITUD EXCLUSIVA PARA CUPONES DE ALIMENTOS DE WISCONSIN INSCRIPCIÓN**

En caso de necesitar un intérprete u otro tipo de ayuda para llenar este formulario, comuníquese con la agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. Otro adulto puede realizar el proceso de solicitud en su nombre.

Para comenzar el proceso de solicitud de FoodShare, complete la información contenida en esta página. Incluya su nombre, dirección y firma, y preséntela en su agencia local. Si usted es elegible para recibir beneficios de FoodShare, comenzará a obtener los beneficios desde la fecha en que la agencia de servicios humanos o sociales de su condado o tribu reciba este formulario de solicitud debidamente completado.

Nombre completo		Número de <i>Social Security</i> (SSN) (opcional)
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)		Fecha de nacimiento (opcional)
<b>FIRMA</b> - del solicitante o representante autorizado	Fecha	Número de teléfono (opcional) (      )

Si necesita ayuda inmediata o tiene alguna emergencia, puede acceder a un servicio más rápido, para lo cual deberá responder a las preguntas que se encuentran en el dorso de esta página antes de enviarla.

Para completar el proceso de solicitud de FoodShare, deberá entrevistarse con un encargado de inscripciones del programa de FoodShare o Social Security Administration (Administración de Seguro Social quien le solicitará la información necesaria para determinar la elegibilidad de su familia. Además, deberá presentar evidencias de su identidad, residencia e ingreso mensual, entre otras.

Su solicitud será procesada con la mayor brevedad posible y en ningún caso después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de recepción de su pedido por parte de la agencia local. Sin embargo, usted podrá acceder al servicio rápido si:

Dispone de no más de \$100 en efectivo y en cuentas bancarias, y el ingreso previsto para este mes es inferior a \$150; **O BIEN SI.**

El monto total de los ingresos brutos mensuales y del dinero en efectivo y en cuentas bancarias disponible de todos los miembros de su hogar es menor que el valor del alquiler o la hipoteca y los costos de los servicios públicos de este mes; **O BIEN SI.** su familia incluye trabajadores agrarios migratorios o temporeros cuyos ingresos han terminado.

Responda a las preguntas que se encuentran en el dorso de esta página a fin de que la agencia local pueda decidir si usted es elegible para el servicio rápido de FoodShare. **Aun cuando lo sea, deberá completar el proceso de solicitud para recibir FoodShare dentro de un plazo de siete días.**

¿Utilizó usted la prueba en línea de ACCESS antes de solicitar?  Sí  No

**NOTE:** La prueba en línea de ACCESS es opcional. Usted no tiene que usar esta herramienta antes de solicitar FoodShare Wisconsin. Vea la página 2 de las instrucciones para más información acerca de ACCESS.

**Cortar y enviar esta página al organismo local**

**Marque lo que corresponda o escriba la respuesta:**

	Sí	No
¿Algún miembro de su familia ha recibido beneficios de FoodShare este mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún miembro de su familia es un trabajador agrario migratorio o temporero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿la persona ha dejado de recibir ingresos recientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibirá esta persona más de \$25 provenientes de alguna fuente de ingresos nueva en los próximos diez días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son los ingresos brutos totales de toda su familia correspondiente a este mes? (“Ingresos brutos” son los ingresos totales antes de descontar los impuestos y otras deducciones)		\$ _____
¿Cuál es el activo total del que dispone su familia? (Entre otros, los activos son: dinero en efectivo, cuentas bancarias, acciones, bonos, Individual Retirement Accounts [Cuentas de Retiro Individual, o IRA, por sus siglas en inglés], certificados de depósito, y planes Keogh)		\$ _____
Total de ingresos y activos		\$ _____
¿Cuáles son sus gastos de vivienda para este mes?  (Entre otros, los gastos de vivienda son los pagos de la hipoteca o alquiler de un apartamento, casa o terreno de casa rodante)		\$ _____
¿Cuál es el total de los gastos de servicios públicos que debe pagar este mes? (Entre otros, los gastos de servicios son los de gas, electricidad, agua, cloacas y recolección de basura)		\$ _____
Total de gastos de vivienda y servicios públicos		\$ _____

**ACCESS TO ELIGIBILITY SUPPORT SERVICES FOR HEALTH AND NUTRITION (ACCESS)**

Para averiguar si usted puede ser elegible para programas de salud y nutrición, visite la página electrónica del estado de Wisconsin en <http://access.wisconsin.gov/access/>.

Esta prueba es una herramienta en línea que le tomará unos 15 minutos usarla. Le pediremos que nos diga información general acerca de usted y de las personas con las que vive en su casa, el dinero que usted recibe de su trabajo u otras fuentes, el costo de su vivienda y algunas otras cuentas. Lo que usted nos diga se quedará privado y seguro.

Cuando usted finalice, ACCESS le dirá acerca de programas de salud y nutrición para los cuales usted y las otras personas en su hogar podrían ser elegibles. También le explicará ahora como solicitar estos programas. En la última página, usted podrá imprimir un resumen de toda la información que ACCESS provee. ACCESS no mantiene ninguna información identificable después que usted se va del sitio.

Esta herramienta de prueba es opcional. Usted no tiene que usar esta herramienta de prueba antes de solicitar FoodShare Wisconsin.



## INFORMACIÓN IMPORTANTE

Lea atentamente los siguientes enunciados. Consulte sus dudas acerca de cualquiera de ellos. Guarde esta información con sus documentos importantes.

### **BENEFICIOS DE FOODSHARE**

La Solicitud de FoodShare de Wisconsin sólo debe utilizarse para pedir beneficios de FoodShare, los cuales están disponibles para hogares de bajos ingresos con la finalidad de ayudarlos a cubrir sus necesidades nutricionales mensuales. Un hogar o familia generalmente se compone de personas que habitan bajo el mismo techo y comparten los alimentos. El monto del beneficio de FoodShare se calcula según los ingresos de la familia y la cantidad de miembros que la componen. Estos beneficios se entregan por medio de la tarjeta QUEST de Wisconsin, que se utiliza como una tarjeta de débito en supermercados y tiendas de comestibles participantes. Esta no es una solicitud para Wisconsin Medicaid, BadgerCare, SeniorCare, Child Care o Wisconsin Works (W-2). Si está interesado(a) en alguno de estos programas, tiene que comunicarse con su condado/tribu, su agencia local de servicios sociales o humanos, o su agencia de W-2.

### **PROCESO DE SOLICITUD**

Para completar el proceso de solicitud de FoodShare, deberá entrevistarse con un encargado de inscripciones del programa de FoodShare o Social Security Administration (Administración de Seguro Social), quien le solicitará la información necesaria para determinar la elegibilidad de su familia. Además, deberá presentar evidencias de:

- identidad;
- domicilio (a menos que esté sin hogar);
- ingresos brutos mensuales (libres de impuestos).

Para obtener una deducción en los siguientes gastos, deberá informar y verificar:

- los pagos de alquiler o hipoteca;
- los costos de servicios públicos;
- los gastos de cuidado de personas dependientes;
- los pagos legalmente exigidos para sustento económico de menores;
- los gastos médicos de bolsillo para cualquier miembro de la familia anciano o incapacitado.

### **SERVICIO PRIORITARIO**

Su solicitud será procesada con la mayor brevedad posible y en ningún caso después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de recepción de su pedido por parte de la agencia local. Sin embargo, usted podrá acceder al servicio rápido si:

- su familia dispone de no más de \$100 en efectivo y en cuentas bancarias, y el ingreso previsto para este mes es inferior a \$150; O BIEN SI...
- el monto total de los ingresos brutos mensuales y del dinero en efectivo y en cuentas bancarias disponible es menor que el alquiler, hipoteca y los costos de servicios públicos de este mes; O BIEN SI...
- su familia está conformada por algún trabajador agrario migratorio o temporero.

**Cortar y guardar**

Para averiguar si usted es elegible para recibir beneficios de FoodShare en un plazo no superior a siete días, responda a las preguntas que se encuentran al dorso del formulario de inscripción para el programa FoodShare Wisconsin y coloque su firma en el frente de ese documento. Presente el formulario completo ante la agencia local.

### **REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Usted tiene derecho a que otra persona lo represente y actúe en su nombre para llevar a cabo el proceso de solicitud, obtener los beneficios de FoodShare o utilizar dichos beneficios por usted. Dicha persona actuará como su “representante autorizado”. Si desea tener un representante autorizado, utilice el formulario Authorization of Participant’s Representative (DES 2375), Autorización de un representante para el participante, para informar a la agencia local quién será su representante. Comuníquese con dicha entidad para obtener este formulario. Usted será responsable por cualquier error que cometa la persona que realice el proceso de solicitud en su nombre.

### **UTILIZACIÓN DE NÚMEROS DE SOCIAL SECURITY**

Información personal identificable se utilizará sólo para la directa administración del programa FoodShare Wisconsin.

Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de FoodShare pero no proporcionen ni soliciten un SSN, no podrán hacerlo.

El SSN será empleado sólo para la directa administración del programa FoodShare. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el Internal Revenue Service (IRS), Servicio de Impuestos Internos; la Social Security Administration (SSA) (Administración de Seguro Social) y el Department of Workforce Development (Departamento de Desarrollo de Personal) así como también el School Lunch Program (Programa de Almuerzo Escolar). Los números de Social Security también son utilizados para corroborar la identidad de los miembros de la familia y los ingresos con fuentes tales como empleadores, bancos, etc.

### **CONDICIÓN INMIGRATORIA**

Para acceder a los beneficios de FoodShare, los solicitantes deberán ser ciudadanos estadounidenses o acreditar una condición migratoria válida con el United States Citizenship and Immigration Service (USCIS), Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU.. La condición migratoria de la persona que realice esta solicitud será corroborada con el USCIS. La información proporcionada por dicho organismo puede influir en la elegibilidad para acceder al programa de FoodShare y en el monto de los beneficios.

La condición migratoria NO se corroborará con el USCIS en el caso de quienes no soliciten ayuda o indiquen no tener condición migratoria aprobada por el USCIS. Sin embargo, los ingresos y activos de estos individuos pueden influir en la elegibilidad para acceder al programa de FoodShare y en el monto de los beneficios.

### **RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN**

La recopilación de datos que se realiza mediante esta solicitud, entre ellos el número de Social Security de cada miembro de la familia que solicite los beneficios, está aprobada por la ley Food Stamp Act de 1977, y sus enmiendas 7 U.S.C. 2011-2036. Dicha información será utilizada para determinar si la familia es elegible para participar del programa FoodShare. Esta información será corroborada por medio de programas computarizados de concordancia. También será utilizada para controlar el cumplimiento de las normas del programa y su administración.

La información podrá ser revelada a otras entidades federales o estatales para inspección oficial y a funcionarios policiales a fin de que detengan a evasores de la justicia. Brindar la información solicitada, incluso el número de Social Security de cada miembro de la familia, es voluntario. No obstante, si un individuo no informa el número de Social Security, no podrá recibir los beneficios de FoodShare. Todos los números de Social Security informados serán utilizados y divulgados de la misma manera que aquéllos pertenecientes a los miembros de la familia que sí sean elegibles.

**Cortar y guardar**

**ELEGIBILIDAD PARA W-2**

El programa FoodShare Wisconsin es un programa de ayuda social. No hace falta inscribirse en el programa W-2 como requisito para obtener los beneficios de FoodShare.

**POLÍTICA ANTIDISCRIMINACIÓN**

De acuerdo con las leyes federales y con las políticas del United States Department of Agriculture (USDA) (Departamento de Agricultura de Estados Unidos) esta institución (la agencia local) tiene prohibido discriminar a individuos por razones de raza, color, lugar de origen, sexo, edad, religión, creencias políticas o incapacidades.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a:

USDA  
Director, Office of Civil Rights  
Room 326-W, Whitten Building  
1400 Independence Avenue, S.W.,  
Washington D.C. 20250-9410

Teléfono: (202) 720-5964 (línea de voz y TDD)

El USDA es un proveedor y empleador que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo.

También podrá presentar una queja por discriminación si escribe a:  
Department of Health and Family Services (DHFS)  
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office  
1 W. Wilson, Room 555  
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz); (608) 266-2555 (TTY)  
Fax: (608) 267-2147

El Department of Health and Family Services (DHFS) es un proveedor de servicios y empleador que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo. Si tiene preguntas acerca de derechos civiles, llame al (608) 266-9372 o al (608) 266-2555 TTY .

**FAIR HEARING Audiencia Imparcial**

Si usted no está de acuerdo con alguna acción legal que se realice en relación con su solicitud o beneficios actuales, tiene el derecho de solicitar una *fair hearing*. Para solicitar una *fair hearing*, deberá escribir a:

Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
P.O. Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

O lláme al (608) 266-7709

El formulario de solicitud de una audiencia imparcial (*Request for a Fair Hearing*) puede ser bajado de la página electrónica del Departamento de Administración en <http://dha.state.wi.us/home/>.

También podrá solicitar personalmente o por escrito una *fair hearing* a su agencia local.

**Cortar y guardar**

### **REQUISITOS PARA INFORME DE CAMBIOS**

Si usted es elegible para acceder a los beneficios de FoodShare, se le exigirá que informe sobre cambios en su grupo familiar. En el momento de la entrevista, o por correo, recibirá un formulario para informe de cambios que describe los requisitos necesarios para informar cambios. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su agencia local.

### **INSCRIPCIÓN DE EMPLEO**

Todos los miembros de su grupo de FoodShare deben inscribirse en el programa FoodShare Employment and Training (FSET), (Capacitación y Empleo mediante el Programa de Cupones de Alimentos) a menos que sean individuos exentos de hacerlo, como, por ejemplo:

- un padre, madre u otro miembro de la familia responsable del cuidado de un menor de 6 años a cargo o de una persona incapacitada de cualquier edad;
- personas menores de 16 años de edad o mayores de 60;
- participantes de programas para tratamiento de alcoholismo o drogadicción;
- personas que ya trabajan al menos 30 horas semanales (o que perciben rentas semanales equivalentes a 30 veces el salario por hora mínimo federal);
- personas que tengan, o hayan solicitado, seguro de desempleo;
- estudiantes inscritos en escuelas, programas de capacitación o instituciones reconocidas de enseñanza superior;
- personas física o mentalmente incapaces de trabajar según lo determine el organismo local.

Si usted reúne los beneficios para recibir FoodShare, le enviaremos más información sobre el programa FoodShare Employment and Training.

### **BENEFICIOS DE PLAZO LIMITADO**

Los adultos de entre 18 y 49 años de edad que no vivan con menores dependientes pueden quedar sujetos a beneficios de cupones de alimentos de plazo limitado, a menos que cumplan con uno de los siguientes requisitos:

- Estar empleado un mínimo de 80 horas mensuales;
- Participar en un programa de empleo y capacitación un mínimo de 20 horas semanales;
- Participar y trabajar en un programa de empleo y capacitación un mínimo de 20 horas semanales en total;
- Participar en un programa de asistencia social mediante trabajo comunitario;
- Ser física o mentalmente incapaz de trabajar según lo determine el organismo local;
- Ser una mujer embarazada;
- Estar exceptuado de alguna otra manera de participar del programa de FoodShare and Employment and Training.

### **ELEGIBILIDAD DE ESTUDIANTES**

Los estudiantes de entre 18 y 49 años de edad que estén inscritos en programas de medio tiempo como mínimo en alguna institución de enseñanza superior como, por ejemplo, una universidad o escuela técnica o vocacional, no serán elegibles para recibir los beneficios de FoodShare a menos que cumplan con determinadas exigencias. Como requisito para recibir estos beneficios, los estudiantes deberán cumplir con uno de los siguientes enunciados:

- Estar empleado un mínimo de 20 horas semanales
- Estar a cargo del cuidado de un miembro de la familia menor de 6 años de edad
- Estar a cargo de un miembro dependiente de la familia de entre 6 y 11 años de edad por haberse determinado que no existe cuidado adecuado para el menor
- Ser madre o padre soltero inscrito en jornada completa y responsable del cuidado de un niño dependiente menor de 12 años de edad
- Estar inscrito en el programa W-2
- Participar en programas de trabajo-estudio estatales o federales
- Participar en programas de capacitación en el lugar de trabajo
- Ser designado para estudiar como parte de un programa autorizado de empleo y capacitación
- Ser física o mentalmente incapaz de trabajar según lo determine el organismo local

### **COLABORACIÓN CON EL SUSTENTO DE MENORES**

Mientras reciba los beneficios de FoodShare, usted deberá colaborar con el organismo de sustento de menores para determinar la paternidad o asegurar y ejecutar una orden de sustento de menores para sus hijos menores de 18 años de edad. Si no coopera con el organismo de sustento de menores, sus beneficios podrán ser reducidos o cancelados. En caso de tener una razón válida para no colaborar, deberá presentar una demanda por causa justa usando el formulario Good Cause Claim (DES 2019) ante su agencia local. Su razón será considerada valedera:

- si existen riesgos significativos de perjuicio físico o emocional para usted o el niño si usted proporciona información al organismo de sustento de menores, o bien...
- si su hijo fue concebido como consecuencia de un incesto o abuso sexual, o bien...
- si se ha presentado ante una corte un pedido de adopción de su hijo, o bien...
- si está analizando la posibilidad de dar su hijo en adopción con ayuda de algún organismo.

Podrá pedírsele evidencia que corrobore la razón valedera que usted alega. Entre otras, las evidencias pueden ser las siguientes:

- Registros médicos, legales o policiales
- Declaraciones por escrito de amigos, vecinos, clérigos, trabajadores sociales y profesionales médicos

Para obtener más información sobre cómo presentar el formulario de Good Cause Claim (Demanda por causa justa) consulte a la agencia local.

Si tiene una orden judicial que le exige pagar cuotas de sustento para un hijo que no reside con usted, debe estar al día con tales pagos para poder acceder a los beneficios de FoodShare.

### **COMPROBACIÓN POR COMPUTADORA**

La información contenida en su solicitud estará sujeta a controles realizados por medio del sistema estatal de verificación de ingresos y elegibilidad. Si usted trabaja, los salarios que informa serán comparados por computadora con los que su empleador informa al Department of Workforce Development, Departamento de Desarrollo de Personal. También se consultará al Internal Revenue Service, Servicio de Impuestos Internos; Social Security Administration, Administración de Seguro Social; Unemployment Insurance Division, División de Seguro de Desempleo y al Child Support Agency, Organismo de Sustento de Menores, sobre sus ingresos y activos. La información obtenida puede influir en la elegibilidad de su familia para acceder a FoodShare Wisconsin y en el monto de los beneficios.

Si se descubre que algún dato proporcionado por usted es incorrecto, podrá denegarse el beneficio y/o se podrá interponer una acción penal en caso de que la información haya sido intencionalmente errónea. Si proporcionó información falsa, deberá reintegrar todo beneficio que haya recibido. Si se presenta una demanda de FoodShare Wisconsin contra su familia, la información contenida en la presente solicitud, incluso todos los números de Social Security, podrá ser informada a organismos federales y estatales, así como también a entidades privadas de cobro y reclamo en caso de acciones legales por cobro.

### **REVISIÓN DE CONTROL DE CALIDAD**

Existe la posibilidad de que su caso de FoodShare Wisconsin sea elegido para la realización de una revisión de control de calidad. Tales revisiones se realizan para garantizar que:

- las personas reciban beneficios para los cuales reúnan los requisitos correspondientes;
- a las personas elegibles no se les rechacen los beneficios;
- las personas reciban el monto correcto de beneficios;
- el organismo cumpla con los requisitos estatales y federales.

Si su caso es seleccionado para esta revisión, un revisor de control de calidad analizará su expediente/archivo en las oficinas del organismo y concertará una cita para reunirse con usted personalmente en su hogar. El revisor deberá mostrarle una identificación del organismo estatal. En su visita, le solicitará que muestre documentos y registros necesarios para corroborar su elegibilidad tales como tarjetas de Social Security, recibos de alquiler, resúmenes de cuenta bancaria y recibos de sueldo. Además, le pedirá que le proporcione una autorización por escrito para comunicarse con otras personas y obtener la información necesaria para completar la revisión. Si no coopera con el revisor, sus beneficios podrán ser cancelados.

### **ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE**

Ningún miembro de su familia que intencionalmente realice alguna de las acciones mencionadas a continuación podrá acceder al programa FoodShare por un período de 12 meses después de la primera infracción, por un período de 24 meses en caso de una segunda infracción o de la primera si involucra sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera infracción. Tales acciones son:

- el suministro de información falsa o el encubrimiento de información para obtener los beneficios de FoodShare;
- el intercambio comercial, la venta o alteración de los beneficios de FoodShare;
- el uso de los beneficios de FoodShare para la compra de artículos no alimenticios como alcohol o tabaco;
- el uso de los beneficios de FoodShare, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, el individuo podrá además ser multado por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte podrá denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, será incapacitado legalmente de por vida si se lo condena por tráfico de beneficios de FoodShare por un valor de \$500 o superior. Si se descubre que usted ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Los evasores de la justicia o transgresores de libertad condicional o vigilada no son elegibles para el programa. El individuo además podrá ser procesado en función de otras leyes federales aplicables.

Personas que cambien (compra/venta) beneficios de FoodShare por sustancia controlada/droga(s) ilegal(es) será excluido del programa FoodShare Wisconsin por un periodo de dos años por la primera falla y permanentemente por la Segunda falla. Personas que cambien (compra/venta) beneficios de FoodShare por armas de fuego, municiones o explosivos serán excluidos del programa de FoodShare Wisconsin permanentemente.

**SOLICITUD EXCLUSIVA PARA FOODSHARE DE WISCONSIN**

La presente solicitud sirve únicamente para beneficios de FoodShare. No es una solicitud para los programas Medicaid, Child Care o W-2. Si está interesado en alguno de estos programas de asistencia, comuníquese con la agencia local. Estos programas brindan ayuda a personas o familias para ayudar a pagar gastos de atención médica, cuidados infantiles o búsqueda de trabajo como parte del programa W-2.

Cómo usar este formulario

1. No escriba en las secciones sombreadas.
2. Escriba en forma clara y en letra de imprenta. Utilice tinta azul o negra.
3. Llene la solicitud en forma completa..
4. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con la agencia local. Si usted tiene alguna incapacidad y necesita acceder a esta solicitud en un formato alternativo o en otro idioma, llame al (608) 266-3356 (voz) o al TTY (608) 266-2555. Estos servicios de traducción son gratuitos.
5. Para completar el proceso de solicitud de FoodShare, deberá entrevistarse con un encargado de inscripciones del programa de FoodShare o Social Security Administration (Administración de Seguro Social).

**SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS O SOCIALES DEL CONDADO O TRIBU**  
(Para uso exclusivo del organismo) - (Agency Use Only)

Agency Name	Date Received	
Agency Address (Street, City, State, Zip Code)	Case Name	Case Number

**SECCIÓN 2 - PERSONA ENCARGADA DE LLENAR LA SOLICITUD**

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, puede pedir colaboración a otra persona o designar un representante autorizado para que realice el proceso de solicitud en su nombre. Luego, solicite a dicha persona que responda a las siguientes preguntas. Caso contrario, diríjase a la Sección 3.

Nombre de la persona que completará la solicitud en caso de no ser el solicitante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Relación con el solicitante	¿Vive con el solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	--

**SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Si usted llena este formulario en nombre del solicitante, responda a las siguientes preguntas como si fuera esa persona.

Nombre del solicitante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Marque el idioma en el que desea recibir las notificaciones sobre FoodShare. <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español	Idioma que se habla en el hogar.
Domicilio particular (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono	
Domicilio postal, si difiere del domicilio particular, (calle, ciudad, estado, código postal)		

### Sección 4 - Información de la familia

En caso de necesitar más espacio para responder a las siguientes preguntas, utilice una hoja en blanco o bien hágalo en la sección "Observaciones" de esta solicitud.

Nombre de todas las personas que viven con usted	¿Está esta persona solicitando beneficios de FoodShare?	Número de Social Security (sólo de los solicitantes)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo M- masculino F- femenino	Estado civil	¿Es ciudadano esta dounidense? (sólo para los solicitantes)	Raza u origen étnico (opcional)	Relación con el solicitante	¿Comparte alimentos con esta persona?	¿Brinda cuidados a esta persona?
Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Sección 5 - Información del estudiante

En caso de necesitar más espacio para responder a las siguientes preguntas, utilice una hoja en blanco o bien hágalo en la sección "Observaciones" de esta solicitud.

¿Algún miembro de su familia tiene entre 18 y 49 años y asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de respuesta negativa, dirijase a la Sección 6.	Nombre del estudiante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Nombre de la escuela	Escolaridad <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo
¿El estudiante trabaja al menos 20 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante tiene a su cargo un hijo menor de 6 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El estudiante tiene a su cargo un hijo de entre 6 y 12 años debido a que no hay cuidados diurnos adecuados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante es un individuo soltero con un hijo menor de 12 años a su cargo y, al mismo tiempo, asiste a la escuela tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El estudiante participa en programas de trabajo-estudio estatales o federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante no puede trabajar debido a una incapacidad temporaria o permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El estudiante asiste a la escuela a través de la Workforce Investment Act (WIA); el programa Wisconsin Work (W-2), Trabajo en Wisconsin, o el programa FoodShare Employment and Training (FSET), Capacitación y Empleo mediante el Programa de Cupones de Alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### Sección 6 - Información no financiera

En caso de necesitar más espacio para responder a las siguientes preguntas, utilice una hoja en blanco o bien hágalo en la sección "Observaciones" de esta solicitud.

¿Hay alguna mujer embarazada en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la mujer embarazada (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha estimada de parto (mm/dd/aa)
¿Hay algún miembro de la familia incapacitado para trabajar debido a lesiones o enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Cuándo podrá esta persona volver a trabajar?
¿La Social Security Administration (SSA), Administración de Seguro Social; la Veteran's Administration (VA), Dirección de Veteranos de Guerra, o el Railroad Retirement Board, Consejo de Retiro de Empleados Ferroviarios han determinado que algún miembro de su familia sufre de incapacidad total?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de determinación de la incapacidad (mm/dd/aa)
¿Algún miembro de la familia ha sido condenado a prisión por un delito grave relacionado con drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de la condena (mm/dd/aa)
¿Algún miembro de la familia es un evasor de la justicia o transgresor de la libertad condicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	

### Sección 7 - Información de padre o madre ausente

En caso de necesitar más espacio para responder a las siguientes preguntas, utilice una hoja en blanco o bien hágalo en la sección "Observaciones" de esta solicitud.

¿Hay algún menor en la familia cuya madre o padre adoptivo o biológico no resida en el mismo hogar?  Sí  No (Agregue una segunda hoja en caso de necesitar más espacio.)

Nombre del padre/madre ausente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Social Security	Fecha de nacimiento	Nombres de los hijos	Relación con el hijo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Razón de la ausencia del padre/madre		Fecha en que el padre/madre partió del hogar	Fecha del último contacto con el padre/madre	Orden judicial de divorcio o paternidad Número de caso      Condado      Estado
Nombre del padre/madre ausente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Social Security	Fecha de nacimiento	Nombres de los hijos	Relación con el hijo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Razón de la ausencia del padre/madre		Fecha en que el padre/madre partió del hogar	Fecha del último contacto con el padre/madre	Orden judicial de divorcio o paternidad Número de caso      Condado      Estado

### Sección 8 - Patrimonio

La información del patrimonio es necesaria para para quienes solicitan beneficios de emergencia.

Enumere todos los activos que sean propiedad de los solicitantes. Incluya los activos que posean conjuntamente con terceros. No incluya el valor de pertenencias personales de uso doméstico a menos que sean de un valor inusualmente alto.

Tipo	Nombre de los propietarios	Valor actual	Descripción (nombre de la institución financiera o bancaria, número de la cuenta, etc.)	Nombre de los propietarios	Valor actual	Descripción (nombre de la institución financiera o bancaria, número de la cuenta, etc.)
Dinero en efectivo		\$			\$	
Cuenta de cheques		\$			\$	
Cuenta de ahorros		\$			\$	
Otros (por ejemplo, acciones, bonos, certificados de depósito, cuenta de ahorro para jubilación [IRA])		\$			\$	

### Sección 9 - Empleo

La elegibilidad para acceder al beneficio de FoodShare se basará en los ingresos totales de la familia.

¿Algún miembro de la familia trabaja (aunque sea de manera independiente)?  Sí  No  
En caso de respuesta afirmativa, responda a las preguntas que aparecen más adelante para cada miembro que trabaje.

¿Alguna de las personas nombradas más adelante es un trabajador migratorio?  Sí  No

Nombre del trabajador	Nombre y domicilio del empleador	Fecha de inicio del trabajo	Período de pago (semanal, quincenal, mensual)	Cantidad de horas por período de pago	\$ por hora	Ingresos brutos por período de pago

## Sección 10 - Pérdida de empleo

¿Algún miembro de la familia ha perdido su empleo recientemente?  Sí  No En caso de respuesta afirmativa, complete la Sección X.

Nombre de la persona	Nombre y domicilio del empleador	Fecha de finalización del trabajo (mm/dd/aaaa)	Razón de la finalización del empleo (renuncia, despido, suspensión, traslado)	¿Esta persona ha solicitado seguro de desempleo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Sección 11

### Ingreso no salarial

¿Algún miembro de su familia recibe ingresos no salariales?  Sí  No En caso de respuesta afirmativa, complete la siguiente sección por cada tipo de ingreso. En caso de necesitar más espacio para responder a las siguientes preguntas, utilice una hoja en blanco o bien hágalo en la sección "Observaciones" de esta solicitud.

Tipo de ingreso		Nombre	Monto bruto mensual	Tipo de ingreso		Nombre	Monto bruto mensual
Social Security	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	Subsidio por enfermedad o invalidez	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	Intereses / dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Pensión alimenticia / sustento de menores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	Beneficios de veterano de guerra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Compensación por accidentes de trabajo o desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	Otros ingresos (describir):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

## Sección 12 - Gastos

En caso de necesitar más espacio para responder a las siguientes preguntas, utilice una hoja en blanco o bien hágalo en la sección "Observaciones" de esta solicitud.

<b>Cuidado de niños</b> - ¿Alguien paga por el cuidado de un niño o adulto para poder trabajar, buscar trabajo, asistir a la escuela o recibir capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién paga por el cuidado del niño o adulto?	¿A quién le paga?	¿Por el cuidado de quién?	Monto \$	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, mensual)
<b>Sustento de menores</b> - ¿Alguien tiene orden judicial para pagar sustento de menores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién paga el sustento del menor?		¿Quién recibe los pagos para sustento del menor?	Monto \$	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, mensual)
<b>Gastos médicos</b> - ¿Algún miembro anciano o incapacitado tiene gastos médicos de bolsillo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién motiva el gasto?		¿Cuáles son los gastos?	Monto \$	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, mensual)

<b>Costos de vivienda</b> - ¿Algún miembro de la familia tiene gastos de vivienda? (alquiler, hipoteca, impuestos inmobiliarios, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién paga el gasto?	¿Cuáles son los gastos?	Monto \$	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, mensual)
¿Usted recibe asistencia para vivienda? (Section 8 u otra vivienda pública subvencionada) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Gastos por servicios</b> - ¿Algún miembro de la familia tiene gastos por servicios? (calefacción, electricidad, agua, teléfono, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién paga el gasto?	¿Cuáles son los gastos?	Monto \$	Frecuencia de pago (semanal, quincenal, mensual)
¿Ha recibido asistencia para calefacción en este domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de recepción de la asistencia para calefacción (mm/dd/aa)			

## Sección 13 - Derechos y obligaciones

Lea y coloque sus iniciales en cada enunciado a continuación:

- \_\_\_ **Audiencia imparcial:** Comprendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia imparcial para apelar cualquier acción concerniente a mi solicitud o a los beneficios actuales si no estoy de acuerdo con tal acción. Sé que para solicitar una audiencia imparcial tengo que escribir a: **Department of Administration, Division of Hearings & Appeals, Box 7875 Madison WI 53708-7875**. También puedo comunicarme con la oficina del organismo donde presenté mi solicitud y pedir una audiencia imparcial en forma oral o escrita. Sé que si deseo obtener más información puedo encontrarla en el manual de elegibilidad y beneficios de FoodShare Wisconsin (FoodShare Wisconsin Eligibility and Benefits handbook - PHC16012).
- \_\_\_ **Derechos y obligaciones:** He recibido la sección "Información importante" de la Solicitud Exclusiva de FoodShare de Wisconsin que describe mis derechos y obligaciones.
- \_\_\_ **Presentación de información sobre cambios:** s:Comprendo que si no comunico estos cambios, que provocarán una asignación incorrecta de beneficios, deberé devolver todo excedente pagado y podré ser demandado por el grave delito de fraude.
- \_\_\_ **Gastos:** Sé que los gastos que informo como, por ejemplo, los de vivienda, servicios, cuidado de niños, sustento de menores o costos médicos, pueden influir en el nivel de beneficios de FoodShare que recibirá mi familia. Sé que si no informo o demuestro un gasto significa que no deseo recibir la deducción correspondiente.
- \_\_\_ **Reducción de ingresos:** Comprendo que, si bien no estoy obligado a informar acerca de una reducción o pérdida de ingresos, si lo hago podría recibir un aumento en mi beneficio de FoodShare. Además, comprendo que si no informo acerca de una reducción o pérdida de ingresos mensuales en mi hogar, no recibiré ningún tipo de aumento en mi beneficio de FoodShare.
- \_\_\_ **Capacitación y empleo:** Comprendo que por medio de la firma de esta solicitud, me he inscrito a mí y a todas las personas que conforman mi grupo de FoodShare en el programa FoodShare Employment and Training (FSET), Capacitación y Empleo mediante el Programa de Cupones de Alimentos, a menos que esté exceptuado de ello.
- \_\_\_ **Condición migratoria:** Comprendo que yo y todos los otros miembros de mi familia que solicitamos asistencia debemos ser ciudadanos estadounidenses o poseer condición migratoria satisfactoria para obtener dicha asistencia. Sé que la condición migratoria de cualquier miembro de mi familia que solicite los beneficios será corroborada con el United States Citizenship and Immigration Service (USCIS), Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU., y que esto puede afectar la elegibilidad de mi familia y el monto de los beneficios. Sé que mi condición NO SERÁ CORROBORADA con el USCIS si no solicito asistencia para mí o si declaro que soy un extranjero sin condición migratoria satisfactoria.

- \_\_\_ Cualquier persona, institución financiera, entidad de informe crediticio, empleador o institución educativa está autorizada a divulgar esta información, de acuerdo con la ley de Wisconsin §46.25 (2m), que establece lo siguiente: “El departamento puede solicitar que cualquier persona proporcione todo tipo de información que determine sea apropiada y necesaria para la administración de la presente sección, secciones §49.19, 49.45 a 49.47 y programas que lleven a cabo estas determinaciones. Cualquier persona de este estado deberá proporcionar dicha información dentro de un plazo de siete (7) días contados a partir de la fecha de recepción del pedido según lo dispuesto por el presente apartado.”
- \_\_\_ Declaro comprender las preguntas y enunciados de este formulario de solicitud. Comprendo las sanciones que supone brindar información falsa o infringir las reglas. Certifico bajo pena de perjurio o falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender, incluso en lo que atañe a la nacionalidad de cada miembro de mi familia que solicita los beneficios. Acepto suministrar la documentación que sea necesaria para probar mis dichos. Comprendo que el organismo puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones a fin de obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

\_\_\_\_\_  
FIRMA- del solicitante o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**APP**

**OBSERVACIONES**